UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1921. — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du Traitement Chirurgical de l'Éléphantiasis des Membres

PAR LA MÉTHODE DE WALTHER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Décembre 1921

PAR

GASTON NATAF

Né à Alger, le 27 août 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de Clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
GILLOT, *Professeur de clinique médicale*.....
CABANES, *Chargé de Cours (Médecine opératoire)*..... JUGES.
LOMBARD, *Agrégé (Chirurgie)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
JULES CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉLÉPHANTIASIS

DES MEMBRES

PAR LA MÉTHODE DE WALTHER

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1921. — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du Traitement Chirurgical de l'Éléphantiasis des Membres

PAR LA MÉTHODE DE WALTHER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Décembre 1921

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

GASTON NATAF

Né à Alger, le 27 août 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de Clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
GILLOT, *Professeur de clinique médicale*..... } JUGES.
CABANES, *Chargé de Cours (Médecine opératoire)*..... } JUGES.
LOMBARD, *Agrégé (Chirurgie)*..... } JUGES.

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
JULES CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1921

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ⚜).
ASSESSEUR..... HÉRAIL (I. ⚜).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ⚜).
	LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚜).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ⚜).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, 💣, I. ⚜).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ⚜)
Clinique chirurgicale	VINCENT (✻, I. ⚜).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ⚜).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ⚜).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ⚜).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ⚜).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ⚜, O. ❁).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ⚜).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ⚜).
Médecine légale	MICHELEAU (✻, I. ⚜).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ⚜).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ⚜).
Pharmacie	MUSSO (I. ⚜).
Physiologie	TOURNADE (✻, ⚕).
Physique médicale	DUFOUR (I. ⚜).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻). BATTANDIER (I. ⚜). | M. MALOSSE, Théod. (I. ⚜, 💣).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire..... M. CABANES (✻, ⚕).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✻, ⚕).
	LOMBARD (⚕).
Médecine	RAYNAUD (⚕).
	AUBRY (✻, ⚕).
Physiologie	GIRAUD (✻, ⚕).
Histoire naturelle méd. et parasitologie.	SENEVET (⚕).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✻, ⚕, I. ⚜).
Chimie	H. MALOSSE (⚕, I. ⚜).
Anatomie	FERRARI (⚕, A. ⚜).
Pharmacie et matière médicale	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire vénérée de mon Père

Ravi, hélas ! trop tôt,
à mon affection.

A ma Mère

Que ce travail soit une modeste compensation de ce qu'elle a fait pour moi : qu'elle veuille bien l'accepter comme témoignage de ma piété filiale et de ma sincère reconnaissance.

A la Mémoire de mon Oncle

SAUVEUR NATAF

A mes Sœurs, à mon Frère

et à mon Beau-Frère

Comme gage de ma profonde affection.

A mes Parents

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0036

A mon très cher Ami

Le Docteur CHARLES SADOUN

Ancien Interne des Hôpitaux d'Alger

Pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et pour les sages conseils qu'il nous a toujours prodigués.

Témoignage de ma profonde et inaltérable amitié.

A mes Amis et Camarades d'Études

Les Docteurs

ROBERT CHICHE et DAVID NARBONI

Témoignage de notre sincère et profonde affection.

A mon Ami

Le Docteur Louis MONTERO

Interne des Hôpitaux

A mon Ami

Le Docteur René AZOULAY

Interne des Hôpitaux

En témoignage de ma vive sympathie
et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur COSTANTINI

Agrégé de Chirurgie

A mon Maître

Le Docteur CABANES

Chargé de cours (Médecine opératoire)

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur VINCENT

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour l'honneur qu'il nous fait
en présidant notre Thèse.

A mes Juges

A mes Maîtres de la Faculté d'Alger

A mes Maîtres

de l'Hôpital civil de Mustapha

A mes Camarades

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

INTRODUCTION

Depuis le commencement de nos études médicales nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer, dans le service de M. le Profeseur Brault, plusieurs cas d'Eléphantiasis.

Tout récemment encore, nous eûmes la bonne fortune d'en observer de près deux cas, sur deux indigènes, dans le service de M. le Profeseur Vincent.

Ces deux malades avaient été évacués à la clinique chirurgicale par M. le Professeur Gillot et M. le Docteur Montpellier, chef de clinique, en vue d'un traitement chirurgical.

M. le Professeur agrégé Costantini opéra ces deux indigènes en employant la méthode que Walther pratiquait avec succès depuis 1916.

Les résultats obtenus par le procédé de Walther nous ont paru tellement intéressants, et la technique opératoire tellement simple, que nous nous sommes proposé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

L'Eléphantiasis est un syndrome caractérisé par un état hypertrophique des téguments, avec œdème chronique, entraînant une augmentation de volume des membres et des organes atteints. La dureté de l'œdème et la présence de sillons et de bourrelets rappellent l'aspect spécial de la peau des pachydermes, d'où le nom d'Eléphantiasis.

Besnier et Doyon font de cette affection « le résultat « de l'irritation du réseau lymphatique produisant la « stase lymphatique prolongée et de toutes les lésions

« aiguës, répétées et chroniques des téguments quelles « qu'elles soient. »

Les localisations de l'Eléphantiasis sont à peu près constantes.

C'est, dans l'immense majorité des cas, aux organes génitaux et aux membres inférieurs que siège l'affection, quelques fois excepté les membres supérieurs et la face sont intéressés.

Avec les auteurs classiques on divise les éléphantiasis de la façon suivante :

Eléphantiasis filarienne ;

Eléphantiasis microbienne (streptocoque, pneumocoque, etc.) ;

Eléphantiasis mécanique ou états éléphantiasiques auxquels on joint les états éléphantiasiques développés sur des ulcérations surtout syphilitiques ou tuberculeuses.

Notre sujet de thèse réside dans le traitement chirurgical des éléphantiasis des membres par l'opération de Walther et, bien entendu, il s'agit des états éléphantiasiques.

Dans notre travail, nous passerons en revue les points suivants :

1° Historique rapide de tous les traitements des éléphantiasis des membres employés jusqu'à ce jour. Nous insisterons tout particulièrement sur la méthode de Handley ;

2° L'opération de Walther, la technique opératoire, les résultats ;

3° Les observations ;

4° Les conclusions.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner notre gratitude à M. le Professeur agrégé Costantini. Il a bien voulu nous communiquer les deux observations qui ont servi à notre travail et nous aider de ses sages conseils.

M. le Docteur Montero nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a aidé dans nos recherches. Nous le remercions bien sincèrement et le prions de croire à notre reconnaissance et à notre amitié.

Nous remercions également tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, dont les savantes leçons nous ont permis de mener à bonne fin nos études médicales.

M. le Professeur Vincent nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'accepter l'hommage sincère de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Nous ne saurions terminer ce travail sans adresser un hommage ému à tous nos camarades tombés au champ d'honneur pour la défense de la France.

HISTORIQUE

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître et constater l'inefficacité constante de tous les moyens thérapeutiques tentés jusqu'ici.

Ces moyens sont nombreux, nous les passerons rapidement en revue.

On a préconisé *un traitement prophylactique*, le changement de climat, la propreté méticuleuse des membres œdématiés, l'asséchement des marécages dans les contrées où pullule la filaire, la destruction des moustiques.

En présence d'un accès éléphantiasique, un traitement analogue à celui de l'érysipèle a été préconisé ; les pulvérisations antiseptiques, les compresses bichlorurées froides souvent renouvelées, les frictions mercurielles sur les ganglions engorgés, réussissent bien.

Pour éviter les complications, il sera bon de pratiquer l'antiseptie intestinale ; et le meilleur antiseptique est actuellement le purgatif salin suivi du régime lacté ; on a reconnu au sulfate de quinine une certaine efficacité comparable à celle qui a été notée dans la septicémie puerpérale (Guillemain, thèse de Bordeaux, page 38), et cet auteur ajoute : « Lorsque les symptômes de l'attaque « éléphantiasique se sont atténués on commence la « compression qui est le fond des divers traitements « proposés ». Une nourriture substantielle, des toniques, de l'arséniate de fer, aident l'organisme à empêcher le streptocoque de Fehleisen de pulluler dans le derme.

Bentley (1) formule ainsi son traitement : « Quand le « membre, après l'accès, commence à diminuer de vo- « lume, au bout d'une quinzaine de jours environ, on « l'entoure d'une bande élastique très serrée depuis les « orteils jusqu'au bout de la cuisse ; à l'intérieur, on « donne de l'iodure de potassium, du chlorate de po- « tasse ou du bichlorure de mercure, le tout dissous « dans une infusion de chyraïta » (plante de l'Inde qui paraît jouir de propriétés dépuratives). « Ce traitement, « ajoute l'auteur, doit être continué pendant un temps « fort long, trois mois par exemple ».

Médication appropriée à la syphilis ou à la tuberculose lorsque ces maladies peuvent être soupçonnées ; médication appropriée aux maladies de cœur, de foie, ou des reins, si ces organes sont en jeu.

Mestre, médecin militaire d'Algérie, a proposé de soumettre tous les deux jours la jambe éléphantiasique à un massage d'un quart d'heure, à la suite duquel on la plonge dans un bain de vapeur, puis on entoure le membre d'un bandage compressif.

D'autres auteurs ont employé la compression élastique, ils appliquent un bandage roulé par dessus une couche de coton. Plus tard, quand l'amélioration est survenue, un bas élastique suffit seul. Un remarquable cas de guérison par ce procédé est cité par Verneuil. C'est celui d'un jeune homme de 16 ans atteint d'éléphantiasis de la jambe, qui fut guéri en 4 mois. Après la cure, la circonférence de la jambe malade était moindre que celle de la jambe saine.

Dans une série de communications à l'Académie des Sciences, Sylva Aranjo et Moncorvo (1881-1884) ont

(1) The Lancet, 1878, page 284.

préconisé le traitement électrique, soit par courants continus, soit par courants induits et électrolyse. Ils obtiennent ainsi plusieurs guérisons, même dans des cas déjà anciens.

A la même époque le Docteur Vera Mello, de Rio de Janeiro, emploie lui aussi l'électricité sous forme de courants continus ou de courant intermittent, soit ensemble, soit isolément ; dans les cas rebelles, lorsqu'il y a une épaisseur considérable des tissus, il se sert avec succès de l'électrolyse (Compte rendu du Professeur Ferris, *Archives de Médecine Navale*, 1884).

Les grands bains sulfureux que d'autres auteurs préconisent soulagent souvent les malades. Dubreul, convaincu de l'origine streptococcique de l'éléphantiasis, préconise le traitement par le perchlorure de fer, ce médicament est precrit à la dose de L X à C gouttes par jour. On l'administre pendant l'intervalle des repas, on donne chaque fois au malade XX gouttes diluées dans un peu d'eau.

La vaccinothérapie a été préconisée par Handley qui semble avoir obtenu un succès, en associant la vaccinothérapie au traitement chirurgical (Thé Lancet, 1908), Handley procède ainsi : Il isole l'agent microbien trouvé dans la sérosité, le cultive et fabrique un vaccin qu'il injecte au malade. En même temps, il pratique la lymphangioplastie que nous décrivons plus loin. La sérothérapie (sérum antistreptococcique) a été préconisée par certains auteurs.

Pigassou, dans sa thèse de 1912, écrit page 54 : « Les « injections de sérum antistreptococcique à la dose de « 10 à 15 cc. par jour et par intervalles de 3 jours « n'amènent aucune modification. Les premières ont « pour effet contraire de provoquer une légère poussée « érysipélateuse avec ascension thermique ».

Dans la *Presse Médicale* de 1912, page 249, Darier préconise la méthode de la sérothérapie paraspécifique par voie bucale.

Pigassou, d'Oran, dans sa thèse de Paris, page 55, rapporte une observation où l'auteur a appliqué cette méthode avec de bons résultats.

En tête des traitements chirurgicaux employés, on cite les scarifications superficielles et profondes. Mais comme le dit Vyse-Lauzun dans sa thèse, « elles éva-« cuent de grandes quantités de lymphe sans amener « de diminution importante et stable de l'œdème, elles « sont en outre d'un emploi dangereux, par suite des « infections secondaires qu'elles favorisent ».

M. Le Dantec pratique l'extirpation des ganglions infectés et sclérosés afin de supprimer les poussées lymphangitiques.

Dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* de 1874, on parle « de la ligature des vaisseaux comme « moyen de traitement de l'Eléphantiasis des Arabes ».

Sur la proposition de Labat, chirurgien des armées du vice-roi d'Egypte, Carnochan, de New-York, en 1851, pratique pour la première fois la ligature de l'artère principale du membre.

Le Docteur Saurand (1) rapporte une observation d'un malade opéré par cette méthode. Il s'agit d'un homme de 40 ans, porteur d'un Eléphantiasis de la jambe gauche qui mesurait 55 centimètres au niveau de la cheville et 51 au niveau du mollet. L'état général était mauvais, les battements du cœur mous, — on dut préparer par un régime tonique le malade à l'opération qui fut faite au sommet du triangle de scarpa.

---

(1) *Revue de Chirurgie* 1884.

Le membre fut enroulé d'un bandage en flanelle, et soumis à des applications d'une solution de carbonate de soude à 8 pour 1.000 sous l'influence desquelles l'épiderme se détachait en larges squames. Sauf un abcès au-dessous de la ligature, qui tomba au bout de trois semaines, la guérison survint sans encombre.

Un mois après l'opération, la jambe était revenue à 27 centimètres à la cheville et 32 au mollet, 6 mois après le malade avat repris ses occupations sans ressentir la moindre gêne du côté du membre atteint.

Dans une statistique mentionnée par Marduel (*Lyon Médical*), et qui comprend 23 cas, les résultats auraient été les suivants :

1 mort,
1 résultat nul,
4 récidives,
6 améliorations,
11 guérisons.

Mais Marduel, dit : « Que beaucoup d'insuccès ont « été laissés dans l'ombre ; il faut compter qu'une « moitié des opérés succombe, l'autre moitié bénéficie « plus ou moins de l'intervention pendant un certain « temps. »

Laesrik (1) lia la fémorale à l'aine, au-dessus de la naissance de la fémorale profonde ; l'opération fut accompagnée d'un écoulement considérable de liquide clair et visqueux qui se continua pendant trois jours ; deux mois après il n'y avait aucune apparence de récidive.

---

(1) *Deustche Zeitscher F. Chirurgie IV*, n° 1, du 12 décembre 1873).

Hueter (1) lie l'artère iliaque externe quatre fois. En 1870, il fit la ligature de l'iliaque externe pour un Eléphantiasis occupant l'étendue du membre inférieur gauche ; l'opération fit disparaître l'Eléphantiasis, mais un an après il se produisit un énorme ulcère du mollet, et l'amputation du membre devint nécessaire.

Bryk, de Cracovie, lie la fémorale au-dessous du ligament de Poupart trois fois ; l'amputation du membre devint nécessaire dans la suite.

Morton (2) a eu recours à la resection du nerf sciatique. A la moitié supérieure de la cuisse, il a réséqué 4 centimètres de ce nerf. Deux mois après l'opération, la circonférence de la jambe avait diminué de 15 centimètres environ. Il y avait une desquamation de toute la peau épaissie de la jambe depuis le genou jusqu'au pied ; la sensibilité n'était diminuée que dans une faible proportion. L'opéré ne fut pas suivi pendant un temps suffisant pour apprécier l'effet de la resection du sciatique.

Le Docteur E. Weber, de Cléveland, traite l'Eléphantiasis de la jambe par la ligature de la fémorale (3).

Tribondeau (4), Médecin de 2e classe de la Marine, pratique des injections intraganglionnaires d'une solution iodée contenant 2 cc. de teinture d'iode et 100 cc. d'eau.

M. Clair, dans une communication à la Société exotique de Paris, dit avoir eu l'occasion de voir appliquer

---

(1) Berlin, 15 juin 1874 (*Revue des Sciences Médicales*).

(2) Névrotomie (Philadelphie, Me 875, n° 5, du 15 janvier 1878. *Revue des Sciences Médicales*, année 1878, tome 12).

(3) *In American Journal Of. Méd. Sciences*, n° 173, janvier 1884

(4) Tribondeau, *Archives de Médecine navale et coloniale*, année 1900.

par Castellani la fibrolysine dans le traitement de l'Eléphantiasis des membres. Il s'est assuré de la valeur réelle de ce moyen thérapeutique.

Castellani recommande le repos absolu du membre malade pendant la première semaine et sa compression par des bandes élastiques ou des coussinets remplis de plomb de chasse. Au cours de la deuxième semaine, on pratique des injections de fibrolysine à la dose de 2 cc. de préférence dans les zones les plus atteintes par l'Eléphantiasis ; les injections font diminuer considérablement de volume le membre lésé dont la peau devient souple élastique. Le traitement peut être complété par l'amputation de lambeaux élliptiques de peau contenant des noyaux fibreux irréductibles. Les malades doivent porter dans la suite un bas élastique ce qui permet d'éviter les récidives.

M. le Professeur Brault, d'Alger (1), préconise le traitement suivant :

Aux accès éléphantiasiques il applique la thérapeutique des poussées lymphangitiques : badigeonnages à l'ichtyol et la traumaticime, injections sous-cutanées de sérum de Marmorek.

Au début de la période d'état, il a recours au repos, aux massages, aux bains de vapeur, aux pansements compressifs, aux frictions au collargol et aux injections de calomel.

Dans l'Éléphantiasis invétéré, il applique le traitement chirurgical qui consiste dans l'amputation du membre.

A Handley revient l'honneur (2) d'avoir le premier

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 9 mai 1901.

(2) The Lancet, 9 janvier 1909.

traité chirurgicalement l'Eléphantiasis dès 1908. Il s'est inspiré d'idées en cours à cette époque concernant le drainage permanent sous-cutané des sérosités (ascite, œdèmes, etc.).

Handley donne le nom de « Lymphangioplastie » à cette nouvelle opération ; en 1909, Lexer l'appelle « Lymphoplastie » et Drandt « Drainage capillaire par « fils. »

Qu'est-ce que la Lymphangioplastie ?

Dans l'Eléphantiasis, les canaux lymphatiques sont oblitérés. Il se produit de la stase et de la dilatation lymphatique au-dessous de l'obstacle. « Il est facile, « dit Pigassou, de concevoir que le drainage pourra « évacuer la sérosité contenue dans ces espaces et di- « minuer d'autant l'augmentation de volume des di- « verses régions atteintes. »

Tous les auteurs sont d'un avis unanime pour affirmer que la stase entretient et augmente la processus éléphantiasique.

La Lymphangioplastie n'est qu'un simple drainage. Voici d'ailleurs comment Handley explique lui-même le but de l'opération :

« Dans la lymphangioplastie, un certain nombre de « fils de soie assez forts sont introduits dans les tissus « sous-cutanés de la région enflée et parcourent tout au « long cette région.

« Les fils doivent être complètement enfouis, leur « action capillaire est capable de remplacer les lympha- « thiques et de transporter l'excès de liquide du siège « de l'œdème aux régions où la circulation lymphati- « que est normale et où, par conséquent, cet excès de « liquide est absorbé et entraîné dans la circulation « générale » (Thé Lancet, 2 janvier 1909).

La technique du traitement est simple.

L'opérateur prend les précautions d'asepsie ordinaires, asepsie de la peau à la teinture d'iode.

Les fils seront désinfectés à l'autoclave. Il faut se garder de tremper ces fils dans tout antiseptique caustique qui irriterait les tissus et compromettrait le drainage : le plus important est de savoir comment placer ces fils.

Handley pratique de multiples petites incisions et introduit les fils à l'aide de longues sondes résistantes qui passent à travers les tissus sous-cutanés.

Lexer fait également de nombreuses petites incisions et, pour passer les fils, introduit une pince qui chemine sous la peau et va d'une incision à l'autre.

Drault emploie le même procédé, il recommande les incisions transversales, car les incisions longitudinales deviennent facilement chéloïdiennes.

Guibé (*Presse Médicale*, 19 janvier 1910) préconise un procédé encore plus simple. Une longue aiguille de Reverdin suffit. Le chirurgien n'a qu'à conduire les fils sous la peau, d'une extrémité du membre à l'autre. L'aiguille doit se dégager en une série de points et rentrer par le trou qui lui a permis de sortir. Il semble néanmoins qu'une incision soit nécessaire à chaque extrémité des fils : elle favorise l'écoulement de la lymphe et permet de bien placer les fils.

Abadie, d'Oran, pratique une série de boutonnières au niveau de la peau. La longue aiguille à manche (20 cm) sur laquelle est monté le fil de soie entre et sort par les boutonnières.

La soie doit franchir l'obstacle et se terminer dans la région située au-dessus.

Dans le cas d'œdème éléphantiasique du membre supérieur, Handley amène les fils dans le tissu cellu-

laire du thorax au-dessous de l'aisselle : il place deux fils à la face antérieur du bras, et deux fils à la face postérieur, chacun de ces deux fils va se terminer dans les régions correspondantes du thorax.

Handley recommande un traitement post-opératoire qui a pour but de lutter contre l'action de la pesanteur. Chaque jour, pendant plusieurs heures, le malade tiendra élevé le membre opéré.

« Après le drainage, dit Pigassou, le chirurgien « assiste à un écoulement abondant de lymphe, la « région œdématiée diminue de volume, la peau se ride « et forme des plis qu'il faudra exciser plus tard ».

Handley préconise l'emploi de bandes élastiques quand toutes les incisions sont cicatrisées. Il recommande aussi de soumettre la région malade à quelques séances de massages.

Le traitement secondaire ajoute ses effets à ceux de la lymphangioplastie et contribue pour une certaine part à faire diminuer de volume la région œdématiée.

Les fils de soie enfouis dans les tissus peuvent suppurer. « Il suffit, ajoute Pigassou, que la suppuration « apparaisse sur un point du fil pour la voir se pro- « pager rapidement sur toute la longueur de ce fil ».

Cette suppuration n'est jamais fatale, et Lexer prétend n'avoir jamais eu la moindre réaction inflammatoire.

Il suffit d'ailleurs d'enlever le fil où siège la suppuration pour que tout rentre dans l'ordre.

Cette méthode de Handley présente l'avantage d'être simple, logique, ingénieuse, sans danger pour le malade. Dans certains cas, elle s'est montrée véritablement efficace, et elle nous paraît recommandable dans les cas d'Eléphantiasis rebelle où tout traitement médical a

échoué. Mais nous ignorons le sort ultérieur des malades ainsi traités.

Y a-t-il eu guérison définitive ?

Devant l'insuccès de la méthode précédente, M. Abadie, en 1912, a tenté un procédé nouveau, celui des « Sections circulaires étagées avec excisions partielles ». De cette façon la stase lymphatique et veineuse fera sentir son action isolément sur chaque territoire, sans qu'il y ait aggravation progressive vers les parties déclinées.

M. Abadie s'exprime ainsi à la Société de Pathologie exotique : « Nous pensons essayer une intervention ins-« pirée du procédé de Moreschi pour les varices, à « savoir, non pas seulement deux, mais une série de « sections circulaires allant en profondeur jusqu'à « l'aponévrose et que nous laisserons réunir par deu-« xième intention ; nous ne saurions définir cette inter-« vention d'une façon plus imagée, qu'en l'appelant « l'opération de *Bibendum* ».

Dans les territoires où les bourrelets de peau devenus exubérants seront faciles à exciser, il y aura avantage à pratiquer des excisions partielles, qui réduiront d'emblée le volume du membre et permettront le port d'un bas élastique.

Lanz (1) opérait de la façon suivante : Fente du fascia-lata de haut en bas, trépanation du fémur à différentes hauteurs, implantation de trois bandelettes du fascia dans la moelle osseuse ; ensuite, il établit une série d'ouvertures dans le fascia-lata pour permettre la communication entre le système lymphatique superficiel et le système intra-musculaire profond.

---

(1) *Bull. et Mém. Soc. Chirurgicale*, année 1912.

Kondoléon (1) (Athènes) essaie d'établir entre le tissu sous-cutané distendu par l'œdème et les gaines musculaires, une large communication en réséquant suivant les cas l'aponévrose superficielle ; il estime que l'obstruction lymphatique est due à l'épaississement de cette aponévrose et que, cet obstacle supprimé, le drainage lymphatique par voie musculaire s'effectue très facilement.

L'essentiel est que cette communication entre le tissu sous-cutané et les loges musculaires soit large.

Nous avons successivement passé en revue, tous les procédés appliqués au traitement des éléphantiasis. Nous avons cru utile d'insister tout paticulièrement sur la « *lymphangioplastie* » de Handley car jusqu'à ces temps derniers elle constituait la méthode de choix. De la lymphangioplastie découle l'opération de Walther que nous allons maintenant étudier.

---

(1) *Journal de Chirurgie*, 1913, page 168.

L'OPÉRATION

DE WALTHER

Cette méthode consiste essentiellement dans l'application définitive d'un drainage à tube perdu, franchissant largement les limites de la zone d'arrêt et assurant le rétablissement de la circulation lymphatique.

Au lieu de fils de soie qui opèrent la circulation de la lymphe par capillarité, Walther emploi des tubes de caoutchouc de calibres assez large (1/2 cent. et même 1 cent.), ces tubes sont parfaitement stérilisés et ne doivent être plongés dans aucun antiseptique.

Les conditions d'asepsie rigoureuses habituelles sont prises par les opérateurs.

Au membre inférieur le drain part de l'extrémité inférieure de la cuisse (face antéro-interne) et va aboutir à la partie inférieure de la paroi abdominale, un autre tube peut être placé à la face externe de la cuisse et même parcourir tout le membre inférieur depuis l'extrémité inférieure de la jambe jusqu'à l'abdomen. On peut ainsi placer plusieurs tubes.

Les extrémités de chaque tube s'engagent sous l'aponévrose dans laquelle on pratique une boutonnière à laquelle on fixe le tube par un fil de lin ; une boutonnière est faite à l'extrémité de chaque tube, avant de plonger sous l'aponévrose chaque tube chemine dans le tissu cellulaire sus-aponévrotique ; les tubes sont définitivement tolérés et nous n'avons pas observé de suppuration sur nos deux malades. Après l'intervention, le malade est ramené dans son lit et le membre malade est immobilisé en position haute à l'aide de coussins, de façon à assurer plus facilement la circulation lymphatique.

A l'instar de Walther nous avons procédé comme complément du traitement à des séances de massages et d'électricité par les courants continus.

Voici comment Walther (1) décrit l'opération pour l'Eléphantiasis du membre inférieur :

« Une petite incision à la partie moyenne de la face « antéro-interne de la cuisse, une autre à la paroi abdo- « minale, passage avec le trocart de Chassaigne, avec « une incision de relais au triangle de Scarpa d'un petit « drain de caoutchouc n° 10 ou 12 *non perforé* que l'on « fait cheminer dans la couche profonde du fascia « superficialis contre l'aponévrose. Aux deux extré- « mités est faite à l'aponévrose une boutonnière dans « laquelle est engagée l'extrémité correspondante du « tube qui est fixé à une lèvre de l'incision aponévro- « tique par un fil de lin. Au-dessus, le tube est entaillé « par un œil latéral pour assurer l'évacuation du réseau « lymphatique superficiel.

« Ces tubes de caoutchouc sont parfaitement et indé- « finitivement tolérés par les tissus comme le prouvent « les très nombreux expériences et la pratique de « Delbet. »

Les incisions superficielles sont refermées aux crins ou aux agrafes qu'on enlève au huitième jour.

Nous n'avons pas constaté d'écoulement de lymphe par les plaies opératoires comme cela aurait pu se produire.

Comme adjuvants du traitement, Walther emploi le massage, l'électricité par les courants continus et nous l'avons appliqué sur nos deux malades.

---

(1) Note sur une nouvelle méthode de traitement de l'Eléphantiasis des membres par M. le Docteur WALTHER (*Bull. Acad. Méd.* 5 mars 1918, n° 9, 3e série, page 195).

Comme conclusion de son intervention, Walther dit : « L'avenir seul nous permettra de juger du résultat « thérapeutique de l'intervention et dans 5 ou 6 mois « seulement il sera possible de parler de guérison ou « d'amélioration durable ».

Walther ajoute : « Nous n'avons sur ce point aucune « donnée, car je ne crois pas que jamais on ait employé « les tubes de caoutchouc en pareil cas, et il me semble « que les résultats des inclusions de gros fils de soie « plate, faites pour combattre l'œdème lymphatique du « bras après curage de l'aisselle n'aient pas été toujours « très satisfaisante. Quoiqu'il en soit l'amélioration a « été très rapide » (1).

Les résultats que nous avons observés sur nos deux malades ont été surprenants.

Sur l'un d'eux en particulier (obs. V), le membre malade avait diminué considérablement de volume, l'énorme tumeur qui existait à la partie interne de la cuisse avait disparu au quinzième jour.

Nous avons constaté que les tubes avaient été parfaitement tolérés, ils ne provoquent aucune douleur ni aucune gêne de la marche.

Malheureusement, tout n'est point parfait. Sur l'un de nos malades (Obs. IV), que nous avons repris pour lui appliquer un 2e tube à la face externe de la cuisse, nous avons constaté que le tube premier était thrombosé par des caillots lymphatiques.

Cette thrombose amena un ralentissement dans la guérison définitive du malade, et nous nous demandons si cette obstruction des tubes n'est pas générale au bout d'un temps plus ou moins long.

---

(1) *Bulletin Société de Chirurgie*, 9 août 1916.

Dans ces conditions, afin de résoudre le problème d'une manière définitive n'y aurait-il pas lieu d'augmenter le calibre du tube, ou encore de paraffiner son intérieur sur toute sa longueur pour éviter la coagulation de la lymphe ?

Comment se fait la circulation de la lymphe au moyen des tubes en caoutchouc que l'on emploi ?

Walther pensait que la lymphe circule non seulement dans la lumière du tube, mais encore le long de ses parois et aussi à l'extérieur.

Nous ne le pensons pas. Sur notre malade de l'observation IV, nous avons eu l'occasion d'examiner un tube immédiatement après l'avoir retiré. Nous l'avons fendu et avons constaté alors que sa lumière était remplie de lymphe en circulation ; par endroits même quelques caillots lymphatiques étaient en voie de formation. Sur la surface extérieure du tube nous n'avons pas observé la moindre trace de lymphe, ce qui prouve que celle-ci circule à l'intérieur du tube beaucoup plus que le long de ses parois extérieures, et c'est là ce qui crée la supériorité de l'opération de Walther. Les parois du tube étant rugueuses, il n'est pas étonnant que des caillots lymphatiques thrombosent facilement le tube, obstruent sa lumière et créent une gêne à la circulation de la lymphe.

D'ailleurs cela n'est pas étonnant. Sur notre malade de l'observation V, au moment de la deuxième intervention, nous avons remarqué que le tissu cellulaire adhérait intimement par endroits aux parois du tube, l'enserrait complètement. Ce tissu était en voie d'organisation au tour du tube, ce qui évidemment constitue une gêne de la circulation lymphatique à l'extérieur du tube.

Un autre argument que nous invoquons en faveur de la circulation lymphatique à l'intérieur du tube est le suivant : Une fois ce tube thrombosé, l'amélioration du malade cesse de se produire, ce qui n'arriverait pas si la lymphe continuait à circuler le long des parois extérieurs du tube.

Ces faits nous ont amené à imaginer un système de tubes dont la lumière serait rigoureusement tapissée d'une couche de paraffine, rendant impossible la coagulation de la lymphe. Ces tubes nous paraissent difficiles à employer, car au moment de leur application ou à l'époque où le malade marchera, la paraffine très friable se *fissurera* et de nouveau des thrombus lymphatiques pourront se former au niveau de ces fissures.

Ne serait-il pas possible d'augmenter le calibre des tubes ? Nous ne le pensons pas non plus, car leur thrombose pourra se *produire plus tard*. Nous pensons donc le problème délicat et nous nous trouvons dans l'impossibilité de le résoudre actuellement.

Une seule chose semble possible : du moment que la circulation lymphatique se fait par la lumière du tube plutôt que le long de ses parois extérieures, nous pensons qu'il y aurait intérêt à pratiquer sur chaque tube une série d'orifices à travers lesquels la lymphe pénètrera à l'intérieur du tube et circulera plus facilement.

Nous nous sommes, d'autre part, posé la question suivante : Y a-t-il intérêt à ce que la lymphe parvienne sous la peau ou aboutisse sous l'aponévrose ?

Handley fait aboutir des fils de soie sous la peau et il obtient dans certains cas des résultats encourageants.

Walther fait plonger ses drains sous l'aponévrose et les améliorations constatées sont également satisfaisantes. Il n'est donc pas nécessaire que la lymphe aille aboutir sous l'aponévrose.

Comme on le voit, le problème est complexe. Il semble qu'il y ait un obstacle à la circulation lymphatique par les lymphatiques de l'aine qui créent à ce niveau un véritable barrage, et c'est ce barrage qu'il faut franchir.

Pour le faire, M. Costantini se propose de placer une série de crins à directions parallèles perdus dans l'épaisseur du tissu cellulaire, allant de la cuisse à la paroi abdominale et franchissant comme un pont le barrage constitué par les ganglions lymphatiques de l'aine.

Quoiqu'il en soit, l'opération de Walther, par sa simplicité, par ses résultats, nous a paru être la méthode de choix. Cette méthode reste encore à l'étude et avec Walther nous dirons que « l'avenir seul permettra de juger « du résultat thérapeutique définitif obtenu ».

OBSERVATIONS

DE WALTHER

OBSERVATION I

Société de Chirurgie (*Séance du 9 Août 1916*)

Le 5 juillet dernier, je vous ai présenté ce malade atteint d'un énorme éléphantiasis du membre inférieur droit, d'origine absolument impossible à déterminer.

Comme je vous l'ai dit, il semblait qu'il y ait eu un arrêt de la circulation lymphatique aux ganglions inguinaux ou iliaques : la tuméfaction avait débuté par la racine du membre et s'était progressivement étendue jusqu'au pied, en l'espace d'un an environ. C'est ce qui avait engagé Rieffer à faire, il y a trois ans, une incision inguinale et une incision iliaque pour chercher autour des ganglions un obstacle qu'il n'avait pas trouvé.

Des incisions profondes faites à la face externe de la cuisse et de la jambe, faites par Legueu, n'avaient non plus donné aucun résultat.

J'ai cherché à établir une voie de dérivation collatérale à la circulation lymphatique, mais au lieu de me servir de gros fils de soie plate qui ont été quelques fois utilisés en pareil cas, j'ai pensé qu'il vaudrait mieux employer un tube de caoutchouc si bien toléré par les tissus, comme nous l'a montré Delbet.

J'ai opéré ce malade le 13 juillet. J'ai introduit de la partie moyenne de la cuisse à la paroi abdominale un petit drain non perforé.

Par une première incision faite à la face antéro-interne de la cuisse, j'ai introduit un trocart de Chassaignac qui a pu remonter dans la couche sous-cutanée jusqu'au triangle de Scarpa à 4 centimètres au-dessous du pli inguinal.

Par une incision faite sur la pointe du trocart, j'ai pu passer le drain dans la canule du trocart.

Par une troisième incision faite à la paroi abdominale, à 6 centimètres au-dessus de l'arcade, j'ai, avec le trocart, gagné l'incision du triangle de Scarpa et pu passer ainsi le tube de 30 centimètres environ, assez profondément dans le tissu sous-cutané sur toute sa longueur. Pour mieux assurer la circulation lymphatique, j'ai fait aux deux extrémités une petite boutonnière à l'aponévrose, dans laquelle j'ai engagé l'extrémité correspondante du tube qui a été fixé par un point de fil de lin. Au bord de la brèche aponévrotique, à la partie inférieure du tube, au-dessus de l'aponévrose, j'ai fait un œil latéral pour assurer l'évacuation du réseau lymphatique superficiel.

Les trois petites incisions furent suturées au crin.

Je comptais, si j'obtenais une légère amélioration par cette opération, introduire encore deux ou trois tubes.

Le résultat de l'opération a dépassé mon espérance, de sorte que je n'ai pas fait de nouvelle intervention.

Dès le lendemain, on notait une légère diminution de la tuméfaction au gros bourrelet inférieur de la jambe et, depuis, cette diminution n'a cessé de s'accentuer.

Lorsque les fils ont été enlevés, au bout de huit jours, les trois incisions opératoires étaient absolument réunies, sans trace de suintement de lymphe, comme on aurait pu le craindre.

Actuellement, la mensuration donne les résultats suivants :

Au tiers moyen de la cuisse, 50 centimètres (au lieu de 64).

Au tiers supérieur de la jambe, 38 centimètres (au lieu de 67).

Au tiers inférieur de la jambe, 25 centimètres (au lieu de 54).

Il faut dire qu'avant l'opération, un repos de plusieurs jours au lit, la jambe légèrement élevée, avait donné une diminution ; au point correspondant aux mensurations précédentes, on ne trouvait plus que 61, 54, 52 centimètres. Mais après cette réduction du membre sous l'influence du repos, l'état restait absolument stationnaire.

Depuis l'opération, la réduction de volume a été nette, rapide, et aujourd'hui, moins d'un mois après l'intervention, nous voyons que la cuisse a diminué de 14 centimètres, le tiers supérieur de la jambe de 16 centimètres, la partie inférieure de la jambe de 27 centimètres.

Cette réduction si considérable de la jambe, surtout à la partie inférieure où l'on ne voit plus trace du gros bourrelet qui retombait sur la face dorsale du pied, a laissé une peau flasque, encore épaissie, plissée, ridée, qui, dans la position horizontale, pend à la face postérieure de la jambe. Il me semble donc indiscutable que l'application de ce drainage à tube perdu a bien rétabli, au moins en très grande partie, la circulation lymphatique.

Le tube est jusqu'ici très bien toléré, ne provoque aucune douleur, aucune gêne, n'a aucune tendance à s'éliminer.

J'ai pris le soin de le faire passer assez profondément que possible dans la seconde couche du fascia superficialis, contre l'aponévrose et j'espère qu'il y sera bien toléré.

L'avenir seul nous permettra de juger du résultat thérapeutique de l'intervention et, dans cinq ou six mois seulement, il sera possible de parler de guérison ou d'amélioration durable.

Nous n'avons sur ce point aucune donnée, car je ne crois pas que jamais on ait employé les tubes de caoutchoucs en pareil cas, et il me semble que les résultats des inclusions de gros fils de soie plate, faites pour combattre l'œdème lymphatique du bras, après curage de l'aisselle, n'aient pas toujours été satisfaisants.

Quoiqu'il en soit, l'amélioration a été ici très rapide, très nette, et j'ai pensé qu'il y avait intérêt à vous présenter aujourd'hui ce malade, 26 jours après l'opération, pour vous permettre de juger de ce premier résultat.

Société de Chirurgie (*Séance du 11 octobre 1916*)

Je vous ai déjà présenté ce malade une première fois, le 5 juillet dernier, avec un énorme éléphantiasis du membre inférieur droit ; une deuxième fois, le 9 août, après l'opération que je lui avais pratiquée le 23 juillet et qui m'avait donné un résultat inespéré.

Je vous rappelle que je lui avais introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané un drain de caoutchouc introduit à chacune de ses extrémités sous l'aponévrose et percé un peu au-dessus de la boutonnière aponévro-

tique d'un œil latéral de façon à assurer d'une façon permanente la circulation dans les réseaux lymphatiques profonds et dans les réseaux superficiels.

Le résultat s'est maintenu jusqu'ici. Cet homme marche toute la journée avec une bande de crépon roulée et le membre inférieur n'a pas augmenté de volume. De plus, je lui ai fait faire régulièrement du massage et des applications de courant continu. Sous l'influence de ce traitement, la peau reprend peu a peu sa ténuité et les plis qui existaient à la face postérieure de la jambe, quand vous l'avez vu le 9 août, ont presque complètement disparu.

La peau est encore flasque dans cette région. Lorsqu'il reste toute la journée debout, il existe encore une tension assez notable à la face externe de la partie de la cuisse, et je compte faire, — comme il le réclame lui-même, — l'application d'un nouveau drain de cette région de l'abdomen.

Il m'a semblé intéressant de vous le présenter aujourd'hui pour vous montrer le résultat qui s'est maintenu très bon trois mois après l'opération. Ce sera plus utile encore de le vérifier après cinq ou six mois.

Séance du 5 Mars 1918 (*Société de Chirurgie*)

Chez le premier malade que j'ai opéré à la Pitié, il y a 20 mois, le résultat a dépassé mon espérance : Homme de 22 ans, atteint d'un énorme éléphantiasis du membre inférieur droit, sans aucune cause appréciable, remontant à quatre ans. Pas de filariose. Deux interventions antérieures : l'une en 1913, tentative de

libération des ganglions inguinaux par M. Rieffer ; l'autre en 1914, incision de l'aponévrose à la face externe de la cuisse par M. Legueu, sans aucun résultat.

Opération le 23 juillet 1916. — Vingt-cinq jours après le tubage cruro-abdominal, la circonférence avait diminué de 14 centimètres à la cuisse (64 centimètres à 50), de 29 centimètres au tiers supérieur de la jambe (de 67 à 38), de 29 centimètres au tiers inférieur de la jambe (de 54 à 25). A ce moment, la peau flasque au repos du lit, se tendait un peu dans la station debout.

Depuis lors, l'amélioration n'a fait que s'accentuer et aujourd'hui, après vingt mois, la guérison semble définitive.

Il est intéressant de noter les modifications progressives de la peau.

Trois mois après l'opération, le 11 octobre, une nouvelle présentation à la Société de Chirurgie, les plis de la peau avaient complètement disparu à la jambe sous l'influence du traitement : massage régulier, électrisation, compression par une bande de crépon, puis, plus tard, par un bas élastique avec cuissard.

Comme il persistait à la face externe de la cuisse un certain œdème lymphatique, le 8 novembre 1917, j'ai placé un second tube de la face externe de la cuisse à l'abdomen. Mais la peau de la jambe restait un peu épaissie, brunâtre, et ce n'est qu'au bout d'un an qu'elle reprit ses caractères normaux. Cet homme travaille dans une usine dans une équipe de nuit et, le 11 septembre dernier, j'ai pu constater, le matin, après une nuit de travail, qu'il n'existait aucune trace d'œdème de la jambe. Un nouvel examen pratiqué il y a une dizaine de jours a confirmé la permanence du résultat.

Société de Chirurgie (*Séance du 31 juillet 1918*)

Je vous présente à nouveau ce malade que vous avez déjà examiné à plusieurs reprises.

Je l'amène ici aujourd'hui parce qu'il y a exactement deux ans que je l'ai opéré, le 13 juillet 1916, par un drainage à tube perdu, et que je m'étais engagé à vous montrer les résultats éloignés, alors fort problématiques, de cette méthode nouvelle ; comme vous pouvez le voir, la circulation lymphatique est toujours assurée, la jambe et le pied ont repris leur volume et leur aspect normaux.

La peau qui a perdu tout aspect éléphantiasique, a mis un an à reprendre complètement son élasticité et sa souplesse qu'elle conserve depuis cette époque.

A la face externe de la cuisse il y a encore un peu de tuméfaction et le malade garde là une gêne due à l'incision profonde qui avait été autrefois pratiquée par M. Leguen, pour essayer de rétablir le cours de la lymphe.

Cet homme peut faire sans fatigue un métier pénible dans une usine où il travaille debout.

Le résultat est donc, au bout de deux ans, excellent.

OBSERVATION II

Société de Chirurgie (*Séance du 5 mars 1918*)

Jeune fille de 26 ans, Eléphantiasis du membre inférieur gauche développé depuis 4 ans. Depuis trois mois, ulcérations creusées dans de profonds sillons séparant d'énormes masses éléphantiasiques de la partie postérieure de la cuisse entretenant une lymphangite tenace. Il fallut huit mois de traitement pour obtenir la cicatrisation de ces ulcérations. Pas de filariose.

Opération le 3 juillet 1917. — Malgré l'induration des tissus par la lymphangite surajoutée, la diminution du volume a été rapide.

Le 10 septembre, moins de deux mois après l'opération, elle était de 20 centimètres à la cuisse, de 15 centimètres à la jambe, de 7 centimètres aux malléoles, et actuellement, on ne trouve que 5 centimètres de plus du côté sain à la racine de la cuisse, 1 centimètre à la partie inférieure, 3 en moyenne à la jambe. Mais la peau n'a pas repris son aspect normal ; elle est encore épaissie, plissée, d'aspect lichenoïde et les masses postérieures de la cuisse sont encore apparentes, mais assouplies. L'amélioration s'accentue régulièrement sous l'influence du traitement : massages courants continus.

OBSERVATION III

Blessé de guerre, à la suite d'une incision faite six mois auparavant à la face interne du bras droit pour extraire un projectile profond, présentait un énorme œdème éléphantiasique du segment sous-jacent du membre.

Le 23 août 1917, tubage de la partie inférieure de l'avant-bras jusqu'à la base de l'aisselle, contre la paroi thoracique. Le résultat est encore bien incomplet, la diminution de circonférence est de 4 centimètres au coude, de 2 centimètres à l'avant-bras, de 4 à la main. Les mouvements du coude, de la main et des doigts, complètement abolis, ont repris une amplitude presque normale. Mais il persiste encore un œdème notable. Je compte placer un second tube pour tâcher d'obtenir la disparition de l'œdème.

Les conditions de ce dernier cas sont différentes. Il s'agit là d'un enserrement des tissus par une cicatrice. Les deux premiers ressortissent à un arrêt dans la zone des ganglions, à une sclérose ganglionnaire dont je n'ai pu reconnaître la nature.

Ces lésions ne sont justifiables d'aucun traitement. Il semble que le drainage perdu, permanent, puisse rétablir dans de bonnes conditions la circulation lymphatique.

Chez mon premier opéré, la perméabilité des tubes est sûrement intacte au bout de vingt mois.

B. S. photographié le 12 mars à son entrée dans le service (avant l'intervention)

B. S. avant l'intervention
(12 mars 1921)

OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le Docteur Montero et de M. le Professeur Agrégé Costantini

---

Le malade entre pour une tuméfaction considérable du membre inférieur gauche.

Il y a environ quatre ans, le malade ressentit des douleurs assez vives dans la région supérieure du triangle de Scarpa (cuisse gauche), qui présentait une légère tuméfaction rougeâtre : la douleur et la tuméfaction avaient un caractère intermittent. Elles duraient cinq à six jours, disparaissaient quinze à vingt jours, puis revenaient ; le malade travaillait et n'attachait pas une très grande importance à ces douleurs.

Quelque temps après, environ trois mois, une tuméfaction apparut progressivement sur la face interne du 1/3 inférieur de la cuisse gauche. Elle y devint volumineuse, rouge, prit l'aspect d'un gros abcès, et, cela pendant une période de quinze jours. A ce moment, l'abcès s'ouvrit. Le malade aurait fait des applications chaudes. Il en sortit un liquide épais, visqueux, blanc jaunâtre, mélangé à un peu de sang pendant deux jours, puis progressivement, ce liquide devint plus clair et plus fluide. Il coula pendant un mois, puis l'abcès se ferma.

A ce moment, le malade nota un œdème assez impor-

tant dans la région de la face interne de la cuisse et du triangle de Scarpa au point où l'abcès s'était fermé.

Il semble qu'il y ait eu infiltration des tisus dans cette région.

Le malade souffrait toujours, les douleurs siégeaient au même point et un peu dans la région de l'œdème.

Un an environ après la fermeture de l'abcès, le malade note une tuméfaction rouge, douloureuse dans la région dorsale du pied, et quelques jours après un œdème important envahissait toute la jambe en remontant vers le genou et vers la cuisse. L'œdème de la cuisse devint plus important également ; le malade n'était pas gêné, l'œdème n'était pas douloureux parce qu'il n'empêchait pas le malade d'exécuter des travaux de terrassement à la pelle. Mais il augmentait avec la fatigue, diminuait avec le repos.

Six mois après, à la suite d'un excès de travail, un matin, le malade s'aperçut que de nombreux petits abcès absolument identiques au premier gros abcès, s'étaient formés.

Au bout de sept à huit jours, les petits abcès s'ouvrirent et il en sortit un liquide visqueux, séreux, jaune clair, tâchant le linge.

Le malade resta couché pendant trois mois, il ne pouvait pas remuer, les douleurs étaient très vives. Puis ces douleurs s'atténuèrent un peu. La marche continuait à être pénible. Au moindre petit mouvement le même liquide suintait. Il reste deux ans ainsi, puis entra à l'hôpital.

Le 12 mars 1921, le malade entre clinique chirurgicale, Salle Dupuytren.

Nous constatons un éléphantiasis énorme de tout le membre inférieur gauche, la peau est épaissie, pachy-

B. S. après la première intervention
(23 mai 1921)

B. S. apres la premiere intervention
(23 mai 1921)

dermique, avec de nombreux bourrelets. A la partie moyenne de la cuisse existe un énorme tumeur éléphantiasique du volume d'une tête d'enfant. La marche est impossible ; la radiographie montre le fémur, le tibia et le péroné normaux.

Aucune mensuration n'est pratiquée ce jour-là. M. Costantini intervient le 18 mars : anesthésie générale à l'éther, précautions d'asepsie habituelles.

On pratique trois incisions à la face interne de la cuisse, tiers inférieur, tiers moyen et région abdominale inférieure ; par les incisions à l'aide du trocart de Chaissaignac, on glisse un tube de caoutchouc du calibre 1/2 centimètre qui plonge à ses extrémités dans l'aponévrose à laquelle on le fixe par un fil de lin. A chaque extrémité du tube, on pratique une boutonnière. Le malade, ramené dans son lit, est immobilisé, le membre surélevé par des coussins.

Dès le lendemain, le membre a diminué certainement de moitié et il est regrettable que les mensurations n'aient pas été pratiquées dès le premier jour.

Dès le lendemain de l'intervention, on commence les séances de massage, l'expression de la tumeur et des séances d'électricité par les courants continus.

Les mensurations pratiquées à différentes reprises sont les suivantes :

21 mars. — Mollet à six doigts au-dessous de la pointe de la rotule, 43 centimètres.

29 mars. — Mollet à six doigts au-dessous de la pointe de la rotule, 38 centimètres.

Le malade commence à marcher, mais chaque fois après la marche son membre enfle légèrement, et l'enflure disparaît dès qu'il se repose.

Dans les jours suivants, l'amélioration quoique nota-

ble par rapport au stade initial se maintient stationnaire.

23 mai. — Les mensurations sont les suivantes :

Jambe. — Région sus-malléolaire, 28 centimètres ;
— Mollet six doigts au-dessous de la pointe de la rotule, 36 centimètres ;

Cuisse. — Tiers inférieur, 48 centimètres ;
— Partie moyenne, 58 centimètres englobant la tumeur.
— Racine de la cuisse, 54 centimètres.

M. Costantini, aidé de M. Montero, intervient de nouveau. Un nouveau tube de caoutchouc est appliqué tout le long de la face externe de la cuisse, depuis l'extrémité inférieure de la cuisse jusqu'à la paroi abdominale inférieure.

En même temps, on vérifie si le premier tube fonctionne bien. On constate alors que ce tube est bien toléré par les tissus, bien en place, *mais ce tube est bouché sur une longue partie de son parcours par des caillots lymphatiques.* On débouche ce tube en introduisant à son intérieur une sonde cannelée et en retirant les caillots à l'aide d'une pince de Kocher. Ce tube est remis en place sous l'aponévrose abdominale à laquelle on le fixe par un point au fil de lin. Suites opératoires parfaites. Réduction des dimensions du membre. Dès le lendemain, la diminution se produit à vue d'œil.

Le 26 mai, les mensurations sont les suivantes :

Jambe. — Tiers inférieur, 25 centimètres.

Mollet. — Tiers inférieur, 34 centimètres.

Cuisse. — Tiers inférieur, 38 centimètres.

Cuisse. — Pourtour de la tumeur, 50 centimètres.

B. S. après la deuxième intervention
(7 juin 1921)

B. S. après la deuxième intervention
(7 juin 1921)

Comme on le voit, l'amélioration, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, est d'une rapidité surprenante.

Dans les jours suivante, le malade marche, on lui fait régulièrement des massages et de l'électricité.

Dès le 4 juin, arrêt de l'amélioration. L'état se maintient stationnaire.

Ce jour-là, les mensurations donnent :

Jambe. — Tiers inférieur, 25 centimètres.

Mollet. — 36 centimètres.

Cuisse. — Pourtour de la tumeur, 51 centimètres.

Racine de la cuisse. — 55 centimètres.

Le 7 juin, le malade marche beaucoup. A la suite d'efforts incessants, l'orifice inférieur qui a servi à introduire le tube dans la cuisse s'est ouvert, et par cet orifice le tube fait hernie.

Nous l'enlevons pour éviter toute infection et appliquons un pansement antiseptique.

Nous procédons à l'examen du tube. M. Costantini le fend sur toute sa longueur. La cavité du tube *est remplie par de la lymphe* et par endroits quelques caillots lymphatiques sont en voie de formation. Nous nous proposons de reprendre ce malade. Mais cette fois il sera utile à notre avis d'essayer l'application d'un tube de plus gros calibre, ou modifié à son intérieur, en le paraffinant par exemple, de façon à assurer plus sûrement la circulation lymphatique.

Malgré tout, notre malade tolère toujours le premier tube et se trouve considérablement amélioré, attendu qu'on avait failli antérieurement, à plusieurs reprises, lui amputer son membre.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Montero et M. le Professeur Agrégé Costantini)

Badraou, Saïd, 19 ans. — Le malade entre à l'hôpital pour œdème de la jambe gauche.

A. H. — Père mort subitement, mère morte après avoir eu « mal au ventre », une sœur bien portante.

A. C. — Blessure à la face inférieure jambe gauche.

A. P. — Il y a un an le malade constate une tache blanchâtre sur l'œil gauche, puis cet œil s'invagine, se vide, et il en perd l'usage. L'œil droit, à peu près à la même époque, se tache également.

N'accuse aucun antécédent vénérien.

H. M. — Il y a un an le malade constate un matin l'enflure de sa jambe, qui, depuis, n'a pas changé de volume.

Il se soigne par des emplâtres à base « de fèves cuites », et il y a environ quatre mois, il constate que ses ganglions inguinaux et cruraux gauches enflent. Il y applique son emplâtre et les fait suppurer. Sans amélioration, le malade entre à l'hôpital.

A. A. — Œdème mou élastique, indolore du pli inguinal au genou. Œdème plus accentué, dur élastique du genou à la base des orteils, assez peu accentué à la plante du pied.

Présente à la face antérieure de la jambe une pigmentation brunâtre avec forte desquamation à la face postérieure du talon et à la face interne du pied ; épiderme

kératinisé présentant l'aspect d'une râpe très rude. Le malade prétend que cette partie kératinisée a suppuré il y a quelque temps, la suppuration était blanchâtre et très claire. Tout cet œdème est incolore en temps normal et devient douloureux lorsque la température s'élève fortement.

Sensibilité. — Normale de tout le membre.

Reflexe. — Rotulien légèrement diminué.

Reflexe. — Plantaire normal.

Adénopathies. — Pas d'adénopathie inguinale. Adénopathie assez marquée des ganglions sous-maxillaires.

Urines. — Albuminerie ; Sucre ; Iodure de K, compression, traitement spécifique.

Radiographie. — Ne décèle aucune lésion osseuse.

Wassermann. — Négatif.

Le Hecht. — Positif assez fortement.

Le traitement par le novarsenobenzol ne donne pas de résultat. Les injections intra-veineuses de thioscinamine à dose de 0.001 milligrammes par jour demeurent également sans effet.

Evacué en chirurgie, Salle Dupuytrein, le 24 mars.

Eléphantiasis de la jambe gauche ; la cuisse est normale.

Radiographie négative, les deux os de la jambe paraissent normaux.

Les mensurations sont les suivantes, le *30 mars :*

Dos du pied. — 30 centimètres.

Jambe. — Tiers inférieur, 37 centimètres.

Mollet. — 46 centimètres.

Rotule. — 45 centimètres.

Cuisse, — Partie moyenne, 52 centimètres.

B. S. avant l'intervention
(24 mars 1921)

B. S. après l'intervention
(17 juin 1921)

Intervention le 30 mars, opération de Walther.

Un tube est placé à la face interne de la cuisse depuis l'extrémité inférieure jusqu'à la paroi abdominale, ses deux extrémités plongent sous l'aponévrose, elles sont fenêtrées et fixées à l'aponévrose par un point de fil de lin.

Suites opératoires normales ; au huitième jour, ablation des fils.

L'amélioration commence à se produire normalement, mais ici elle se produit moins rapidement que chez notre premier malade.

Les mensurations faites le 20 avril sont les suivantes :

Dos du pied. — 29 centimètres.

Jambe. — Tiers inférieur, 35 centimètres.

Mollet. — 45 centimètres.

Cuisse. — Partie moyenne, 52 centimètres.

Le 22 avril, nouvelle intervention. Mise en place d'un long tube qui parcourt la face externe de tout le membre inférieur.

L'extrémité inférieure du tube s'engage sous l'aponévrose jambière, un peu au-dessus du tiers inférieur de la jambe ; son extrémité supérieure remonte jusqu'à l'aponévrose abdominale.

En même temps, on vérifie le premier tube qui est étranglé à son extrémité supérieure par une bride aponévrotique. On remet ce tube en bonne position.

Suites opératoires normales ; au huitième jour, les plaies opératoires sont cicatrisées.

Le 18 mai, les mensurations sont les suivantes :

Dos du pied. — 27 centimètres.

Jambe. — Tiers inférieur, 28 centimètres.

Jambe. — Mollet, 33 centimètres.

Rotule. — 38 centimètres.

Cuisse. — Partie moyenne, 44 centimètres.

Le 4 juin, les résultats sont les suivants :

Pied. — 27 centimètres.

Jambe. — Tiers inférieur, 29 centimètres.

Mollet. — 35 centimètres.

Rotule. — 39 centimètres.

Cuisse. — Partie moyenne, 43 centimètres.

Somme toute, l'état du malade reste stationnaire. Il marche ; les tubes sont bien tolérés et à aucun moment n'ont provoqué aucune gêne.

Nous nous proposons également de reprendre ce malade, et comme dans le premier cas, nous nous demandons si les tubes ne sont pas oblitérés par des caillots lymphatiques.

Quoiqu'il en soit, l'amélioration obtenue est appréciable.

CONCLUSIONS

De l'exposé qui précède, nous avons cru utile de dégager les conclusions suivantes :

I. — Dans la grande majorité des cas, le traitement des éléphantiasis n'est que palliatif ; le traitement médical, en particulier, a donné peu de guérisons.

II. — Parmi les traitements chirurgicaux, la ligature des vaisseaux fémoraux, l'amputation du membre sont à rejeter.

Dans le premier cas, la plupart des auteurs ont été obligés, dans la suite, de pratiquer l'amputation du membre en raison des lésions nécrotiques consécutives à cette ligature. Quant à l'amputation, elle n'est qu'un pis-aller, un moyen ultime auquel on aura recours lorsque tous les traitements auront échoué. Elle ne saurait donc être proposée comme méthode de choix.

La méthode des sections circulaires proposée par Abadie n'a pas encore fait ses preuves.

La méthode de Handley semblait plus heureuse, elle a donné des résultats positifs dans quelques cas d'éléphantiasis. Cependant les fils de soie sont rugueux, facilitent par cela même la coagulation de la lymphe et, par conséquent, créent une gêne à la circulation lymphatique. Toutefois, elle constitue un progrès considérable sur les méthodes anciennes, car c'est de cette méthode que découle l'opération de Walther.

Celle-ci, pratiquée depuis 1916, semble être supérieure quant aux résultats ; elle présente l'avantage

d'être simple, logique, ingénieuse, sans danger pour le malade.

Malgré tout, il serait prématuré d'en apprécier exactement la valeur et l'avenir seul jugera.

III. — Les résultats seront supérieurs encore le jour où l'on imaginera des tubes à l'intérieur desquels la circulation de la lymphe pourra se faire sans aucune thrombose.

Le problème n'a pas été résolu jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE et SERGENT. — Eléphantiasis en Algérie (*Bull. de la Société de Path. exotique*, 1912, t. V, n° 2, 14 février 1912).

AUGER. — Eléphantiasis des membres inférieurs (*Bull. de la Soc. Chirurgie*, 1881).

BENTHLEY. — Traitement de l'Eléphantiasis (The Lancet, 1878, page 284).

BRAULT. — L'Eléphantiasis dans les pays chauds (*Gazette des Hôpitaux*, 9 mai 1901, pages 509 et 517).

DARIER. — Précis de dermatologie.

— Traitement de l'Eléphantiasis (*Presse Médicale de* 1912, page 299).

FERRIS. — *Archives de Médecine Navale*, 1884.

GUILLEMAIN (Alfred). — Eléphantiasis des pays chauds (Thèse de Bordeaux, 1898, la bibliographie rapportée par cet auteur).

GUIBÉ. — *Presse Médicale* du 19 janvier 1910.

HANDLEY. —The Lancet, 1908.

— Lymphangioplastie (The Lancet, 9 janvier 1909).

HUETER. — *Revue des Sciences Médicales*, Berlin, 15 juin 1874. — M^le^ 875, n° 5, « Traitement de l'Eléphantiasis par les ligatures artérielles ».

KONDOLEON. — *Journal de Chirurgie*, 1913, page 168.

LAESRIX. — *Deutsche Zeitscher F. Chirurgie*, IV, n° 1, 12 décembre 1873.

LANZ. — Méthode pour établir une circulation lymphatique collatérale pour traitement de l'Eléphantiasis (*Bull. et Mém. de la Soc. Chirurgie*, 1912).

MORTON. — Névrotomie (*Philadelphie Méd.*, Times, 15 janvier 1878 ; *Revue Sciences Méd.*, année 1878, t. XII).

PIGASSOU. — Contribution à l'étude des Eléphantiasis d'origine infectieuse commune, leur traitement (Thèse de Toulouse, 1912 ; la bibliographie rapportée par cet auteur).

SAURAND. — *Revue de Chirurgie*, 1874.

SYLVA TRANJO et MONCOWO. — Communication à l'Académie des Sciences, 1881, 1884.

TRIBONDEAU. — *Archives de Méd. Navale et Coloniale*, année 1900.

E. WEBER. — Eléphantiasis (in *American Journal of. Méd. Sciences*, n° 173, janvier 1884).

WALTHER (Ch.). — Eléphantiasis du membre inférieur (*Bull. et Mém. de la Soc. Chirurgicale*, 9 août 1916, page 1996.

— Note sur une nouvelle méthode de traitement de l'Eléphantiasis des membres (*Bull. de l'Académie de Médecine* du 5 mars 1918, n° 9, 3e série, page 195).

— Société de Chir. (Séance du 31 juillet 1918).

WYSE LAUZUN. — Contribution à l'étude de l'Eléphantiasis (Thèse de Paris 1908).

ROCHER et LASSERRE. — Œdème Eléphantiasis du membre inférieur droit consécutif à une extirpation de ganglions tuberculeux inguino-illiaques et à la ligature de la névrotique externe. (Société anatomie clinique de Bordeaux, Revue du 31 janvier 1921, *Journal des Sciences Médicales de Bordeaux*).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 17

Historique 23

L'opération de Walther 37

Observations de Walther 45

Observation I (de Walther) 47

— II (de Walther) 55

— III (de Walther) 57

— IV 63

— V 77

Conclusions 85

Bibliographie 89

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr VINCENT.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 23 juin 1921.

Le Recteur de l'Académie,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER.